

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 105
FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS INFLAMMATOIRES
SIMULANT LES SARCOMES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 juillet 1913

PAR

Alexandre-Eugène SERRE

Né à Apt (Vaucluse), le 26 janvier 1888

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

GRANEL, Professeur, *Président*

IMBERT, Professeur

SOUBEYRAN, Agrégé.

EUZIÈRE, Agrégé.

} *Assesseurs*



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS INFLAMMATOIRES SIMULANT LES SARCOMES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554018_0040

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 105
FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS INFLAMMATOIRES
SIMULANT LES SARCOMES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 juillet 1913

PAR

Alexandre - Eugène SERRE

Né à Apt (Vaucluse), le 26 janvier 1888

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

GRANEL, Professeur, <i>Président</i> .	}	<i>Assesseurs</i>
IMBERT, Professeur.		
SOUBEYRAN, Agrégé.		
EUZIÈRE, Agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA.	ASSESEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales.....	MM. GRASSET (O. *).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. *).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.....	RAUZIER.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT, HAMELIN (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. d. f.).

Examineurs de la thèse :

MM. GRANEL, Président.	MM. SOUBEYRAN, Agrégé.
IMBERT, Professeur.	EUZIERE, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder l'étude du sujet de ma thèse, il m'est particulièrement agréable d'exprimer mes sentiments de profonde reconnaissance aux Maîtres qui ont bien voulu s'y intéresser.

J'adresse à M. le professeur Granel, mon président de thèse, mes sincères remerciements pour l'obligeance et la bienveillance inlassables dont il me donne encore aujourd'hui une nouvelle preuve.

Je dois à M. le professeur agrégé Soubeyran la première idée de ce travail et les directions utiles qui m'ont permis de le mener à bien. M. le professeur Imbert et M. le professeur Euzière ont accepté de faire partie du jury. Qu'il me soit permis de leur témoigner à tous la joie que j'éprouve d'avoir pour juges des Maîtres si éclairés dont le dévouement est toujours prêt à se manifester.

Je garderai un agréable et durable souvenir de l'enseignement reçu dans cette vieille Faculté et un sentiment de respectueuse affection pour les Maîtres de qui je le tiens.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS INFLAMMATOIRES SIMULANT LES SARCOMES

INTRODUCTION

L'étude des tumeurs inflammatoires simulant par leurs caractères cliniques les productions sarcomateuses, a attiré tout particulièrement l'attention ces dernières années. Elle est de date relativement récente, mais elle mérite d'être sérieusement approfondie, car les conséquences d'une erreur de diagnostic peuvent être très graves pour le patient et lui faire subir une opération mutilatrice qui en fera un infirme pour le restant de ses jours, alors qu'un traitement approprié eut fait rapidement disparaître son mal.

Nous n'aurons en vue, dans cette courte étude, que les productions inflammatoires siégeant aux membres et rappelant soit l'ostéo-sarcome, soit le sarcome des parties molles. Nous nous proposons d'en rappeler

les causes, l'étude clinique, le diagnostic différentiel et pour rendre la lecture plus facile, nous intercalerons dans chaque chapitre les observations qui nous paraîtront démonstratives des faits que nous énoncerons.

Enfin, grâce à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran qui a bien voulu nous la communiquer, nous publierons une observation inédite, très instructive par les différences d'interprétation qu'elle a suscitées. Qu'il nous soit permis de l'en remercier.

CAUSES

Toutes les inflammations à marche lente causées soit par des bacilles pyogènes vulgaires, soit par des bacilles spécifiques, peuvent reproduire des tumeurs simulant les néoplasmes et le sarcome en particulier. La condition nécessaire réside dans le fait que l'organisme ne soit pas attaqué de vive force, qu'il ait eu le temps de se défendre par un processus de sclérose. Il faut donc que la virulence des bacilles soit considérablement atténuée et quoique cette condition puisse être remplie par les bacilles pyogènes, et nous verrons qu'elle l'est quelquefois, ces tumeurs seront le plus souvent le fait de bacilles très résistants et peu virulents qui provoquent par réaction de défense une abondante hyperplasie des tissus environnants. Dans ce nombre et au premier plan, le bacille de Koch, le tréponème, les sporotrichoses, les mycoses, feront naître souvent des erreurs de diagnostic.

Tuberculose

Nombreux sont déjà les cas qu'on a décrits comme sarcome, soit au rein, au testicule, sur l'intestin et que

l'analyse bactériologique et l'examen histologique ont montré être soit tuberculeux, soit syphilitiques. M. le professeur Tédénat a rencontré plusieurs cas de tuberculose hypertrophique du testicule et de l'ovaire qui « simulaient à s'y méprendre, le néoplasme ».

Dans la *Presse médicale* du 23 octobre 1909, MM. les professeurs Forge et Massabuau dans un article intitulé : « La forme hypertrophique de la tuberculose des gaines tendineuses » ont établi par l'anatomie pathologique l'origine tuberculeuse de tumeurs qui avaient tous les caractères des myélomes des gaines décrits par Heurteaux et Malherbe.

Le professeur Pierre Delbet disait en 1897 dans son traité de chirurgie clinique : « On range cliniquement dans les sarcomes, bien des cas de tumeurs tuberculeuses, c'est-à-dire engendrées par le bacille de Koch. La distinction n'est d'ailleurs pas facile ni au point de vue clinique, ni au point de vue anatomo-pathologique. » Et il cite l'observation suivante, très instructive pour nous puisqu'il s'agit de tumeur pour laquelle le diagnostic de sarcome avait été porté cliniquement et histologiquement.

« Ayant observé, chez un jeune garçon une tumeur de la partie inférieure du fémur, il en préleva un fragment dont l'examen histologique fut fait par Cornil qui porta le diagnostic de sarcome à myéloplaxes. La désarticulation de la hanche fut pratiquée. L'enfant guérit et n'eut jamais de récidives. Cornil, ayant conçu quelques doutes sur la nature de cette tumeur, reprit alors son étude, y trouva des bacilles de Koch et conclut à sa nature tuberculeuse. »

L'on voit donc l'intérêt considérable qui s'attache à cette question. Aussi M. Delbet la reprit-elle et dans une communication à la Société de chirurgie, affirme-t-il

sa conviction que : « certaines tumeurs à myéloplaxes ne sont que des formes de tuberculose et qu'il y a une relation entre les myéloplaxes et les cellules géantes. »

D'ailleurs cette idée est déjà ancienne et de bonne heure on a soupçonné l'étiologie infectieuse du sarcome à myéloplaxes. Dès 1887, Bard avait fait écrire par Désiré de Fortuné et dans un article paru dans la Revue de chirurgie, octobre 1887, p. 786, intitulé : « Note sur quelques cas de tumeurs des gencives » : « Il semble que l'on a affaire à des foyers de fermentations microbiennes, caractérisés ici, comme toujours par l'apparition d'éléments morphologiques atypiques et spécifiques de la cause qui les a produits. Suivant cette manière de voir le myéloplaxe trouverait son analogie dans la cellule géante de la tuberculose. » Dans leur rapport au Congrès de Chirurgie en 1899, MM. Pollosson et Bérard consacrèrent définitivement cette manière de voir.

La tuberculose, en effet, peut prendre diverses formes et ne pas réaliser toujours le type à follicules de Köster. Elle peut prendre le masque de certaines tumeurs en faisant naître des réactions conjonctives non folliculaires et des lymphadénomes, des tumeurs fibreuses et chose plus grave des sarcomes cliniquement diagnostiqués tels, se sont montrés à l'examen histologique et microbiologique des tumeurs inflammatoires, nettement tuberculeuses, dans lesquelles on a pu mettre en évidence des cellules géantes et même des bacilles de Koch. « La tuberculose, dit M. Delbet peut réaliser le type exact de la tumeur à myéloplaxes avec, non seulement l'aspect clinique et macroscopique, comme dans notre observation, mais aussi l'aspect histologique. » « Dans un tubercule sous-cutané du doigt, dit le même auteur, nous avons observé côte à côte, en certains points, la struc-

ture des follicules tuberculeux ; en d'autres, la structure d'une tumeur à myéloplaxes. On note, dit Gougerot, toutes les transitions entre les cellules géantes tuberculeuses et les grandes cellules, véritables myéloplaxes... Cette structure semble prouver que le bacille de Koch peut réaliser des lésions histologiquement identiques à celles des tumeurs à myéloplaxes. »

Toute lésion inflammatoire peut d'ailleurs donner naissance à des cellules géantes, car elles sont un moyen de défense des tissus contre l'infection, une preuve de suractivité fonctionnelle ayant pour but de provoquer une phagocytose plus intense afin de lutter victorieusement contre des ennemis plus forts ou plus résistants que les polynucléaires. Nous retrouverons donc la cellule géante dans tous les types d'infection chronique à réaction conjonctive et il nous sera quelquefois bien difficile « de différencier une cellule géante tuberculeuse, d'avec une syphilitique, d'avec un nodule sporotrichosique. » Par quoi une cellule géante diffère-t-elle d'un myéloplaxe ? Par bien peu de chose. Peut-être peut-on trouver une légère différence dans l'assemblage de leurs noyaux. En effet, « tandis que dans le myéloplaxe, ces noyaux sont disséminés sans ordre au sein du protoplasma, dans la cellule géante tuberculeuse, ils sont disposés régulièrement à la périphérie de l'élément parfois en une rangée circulaire sous forme d'un croissant dont la partie la plus large occupe l'un des pôles de la cellule. » Mais cela n'a rien d'absolu. Ce qui est plus probant c'est lorsqu'on met en évidence au centre de la cellule le bacille de Koch.

Nous voyons donc que la tuberculose est capable de créer de toutes pièces une tumeur à apparence sarcomateuse, qui, cliniquement, ne permet pas de faire un

diagnostic autre que celui de sarcome et histologiquement, peut donner les plus grands doutes sur sa nature. Les observations suivantes sont catégoriques à cet égard.

OBSERVATION I

(M. Tuffier. — Société de chirurgie, 1911, p. 1339.)

Un homme de 19 ans arrive dans mon service, le 25 juillet 1909. Il portait un ostéo-sarcome de la région costo-claviculaire droite. La tumeur, du volume des deux poings, avait débuté six mois auparavant et le malade était entré dans un autre hôpital, où une biopsie, dont il porte la cicatrice, avait été pratiquée ; le diagnostic : sarcome inopérable avait été formulé. Il me sembla qu'une tentative opératoire était cependant possible et le 29 juillet, je fis l'ablation de la tumeur, des ganglions axillaires, opération pénible où je dus faire la ligature des vaisseaux axillaires, la résection de trois travers de doigt de la clavicule que je suturai ensuite, et enfin, l'ablation de tout le plastron chondrocostal jusqu'à la 5^e côte. Mon malade guérit, ayant une suppression de tout le tiers supérieur de la région antérieure du thorax et du poumon correspondant. L'examen histologique de la tumeur n'a pas été fait depuis la biopsie et je viens de revoir cet homme, il fait de la tuberculose pulmonaire sans trace d'une métastase quelconque de son néoplasme, et le succès opératoire ainsi que les suites pathologiques sont de nature à me faire douter de l'existence d'un sarcome.

OBSERVATION II

(M. Robert Picqué. — Société de chirurgie, 6 décembre 1908.)

Un sous-officier est évacué d'une garnison de l'Est, porteur d'une tuméfaction de la racine de la cuisse, soulevant d'un bombement régulier la région obturatrice.

D'une dureté ligueuse, collant au squelette du bassin, elle n'entrave que peu ou point les mouvements de la hanche, la fosse iliaque est libre, le développement s'est fait en quelques semaines, insidieux et sans fièvre.

L'état général est florissant.

Nos collègues et nous, nous partageons entre l'ostéosarcome et la tumeur bénigne, de nature, d'ailleurs, indéterminée.

Mais l'incision exploratrice décidée, notre maître recommandait de ne pas oublier la préparation de quelques drains.

Et, en effet, après la traversée de tissus lardacés, la sonde pénétrait heureusement dans une cavité purulente du volume d'une noix, de laquelle, par un trajet étroit et anfractueux, elle remontait jusqu'au canal obturateur.

Nous ne sûmes jamais, si la lésion avait débuté au pourtour de celui-ci ou en amont de lui dans le bassin.

En somme, il s'était agi d'un abcès froid, ayant infiltré les muscles adducteurs d'une coque épaisse de plusieurs centimètres ; le contour estompé de la tumeur à limites diffuses avait permis à notre maître de flairer le diagnostic.

Syphilis

« La syphilis, comme la tuberculose, peut créer des tumeurs d'apparence sarcomateuse, et cependant manifestement inflammatoire, comme toute inflammation ou irritation chronique » (Poncet et Leriche). Elle frappe surtout les muscles striés, les os courts, le crâne, la clavicule, l'omoplate. Et non seulement le diagnostic clinique est quelquefois impossible mais encore le diagnostic histologique. En 1875, au 24^e Congrès de la Société allemande de chirurgie, Esmarch disait : « nombre de syphilomes, même sous le microscope, sont impossibles à distinguer des vrais sarcomes à petites cellules rondes ou à éléments fusiformes ».

L'anatomie pathologique ne permet pas toujours de trancher le diagnostic entre tuberculose, syphilis ou sarcome car : « la présence des cellules géantes ou de myéloplaxes n'est un critérium absolu en faveur d'aucune de ces maladies en particulier » (Poncet et Leriche). L'erreur est d'autant plus facile que la syphilis peut être insoupçonnée et cliniquement indécidable. C'est alors que le traitement d'épreuve nous sera d'un grand secours. C'est la véritable pierre de touche, aussi doit-il être pratiqué systématiquement dans tous les cas de sarcomes des os ou muscles, car l'accident syphilitique guérit très bien avec son seul traitement, sans intervention sanglante. On risquerait de faire une mutilation inutile ou de laisser le malade succomber à une déchéance physique progressive, car de même que le sarcome la syphilis peut tuer par cachexie.

OBSERVATION III

(Poncet et Leriche. — Société de chirurgie, 1908, 28 juin.)

Un homme de 35 ans, sans antécédent vénérien héréditaire ou acquis, présente deux tumeurs, l'une de la région claviculaire et l'autre de la fosse sous-épineuse.

Après échec d'un traitement spécifique, puis de la radiothérapie, il vient dans notre service et le 10 septembre 1909, nous lui évignons une tumeur sarcomateuse située sous la clavicule et adhérente à l'os.

Au centre de la tumeur, qui a l'air d'un sarcome, il existe un petit foyer caséux qui nous fait faire le diagnostic de tuberculose. Le malade guérit rapidement et l'examen histologique ayant fait constater des cellules géantes, semble confirmer le diagnostic opératoire.

Le 25 octobre, nous intervenons pour enlever la masse scapulaire; notre première idée était de la curetter; en réalité, une fois la tumeur découverte, elle ressemblait tellement à un sarcome périostique, que nous enlevâmes la plus grande partie de l'omoplate. Le malade guérit sans incident et le résultat fonctionnel fut satisfaisant. Macroscopiquement, la pièce donnait l'impression d'un sarcome périostique. Microscopiquement, l'aspect était celui d'un sarcome fuso-cellulaire avec quelques rares myélopaxes.

Entre temps le malade présenta une induration ligneuse de la clavicule et de la zone sous-claviculaire. Nous la considérâmes comme une récurrence de la première tumeur,

faussement étiquetée tuberculeuse, pensions-nous, et le 18 décembre, nous dédoublâmes longitudinalement la clavicule, enlevant largement les tissus infiltrés. Cette intervention fut absolument inutile ; les bourgeons sarcomateux caractéristiques apparurent dans la plaie avant même qu'elle n'ait eu le temps de se cicatriser.

Bientôt une toute petite tumeur cutanée du flanc droit que le malade présentait depuis des mois devint douloureuse. Il en réclama l'extirpation. Elle était grosse comme une noisette, elle offrit à la coupe l'aspect d'une gomme ; effectivement, après l'examen histologique, L. Dor affirma la syphilis. Nous fîmes alors rechercher la réaction de Wassermann. Elle fut positive.

Pendant ce temps, la récurrence claviculaire augmentait toujours ; nous montrâmes alors notre opéré à M. le professeur Nicolas qui nous conseilla d'essayer le traitement mixte intensif.

Aucune amélioration ne fut obtenue pendant les 15 premiers jours, puis, peu à peu, les malaises généraux, la lassitude, les douleurs disparurent ; au bout d'un mois, il ne restait plus rien de l'infiltration du creux sous-claviculaire et en juillet la guérison était complète.

OBSERVATION IV

(M. Tuffier. — Société de chirurgie, année 1911, p. 1339.)

Une femme de 33 ans, entre le 16 juillet 1909 dans mon service pour un sarcome dans la région sous-clavi-

culaire du côté gauche avec volumineux engorgement ganglionnaire axillaire. A part l'envahissement des ganglions la nature du néoplasme ne faisait aucun doute pour personne. J'ajoute que la tuberculose et la syphilis, cliniquement recherchées, faisaient défaut. Le point de départ semblait être le corps de la clavicule ; je réséquai les deux pectoraux, une partie de l'épaisseur de la clavicule, j'enlevai les ganglions axillaires et la malade guérit ; le diagnostic histologique fut : sarcome. Mais le 28 octobre 1910, la malade revint dans mon service avec une tumeur de la clavicule du côté opposé. Pensant alors qu'il s'agissait peut-être d'une tumeur syphilitique, après absence de tous antécédents syphilitiques scrupuleusement recherchés, je lui fis faire un traitement spécifique et la tumeur disparut. Il est bien probable que la première tumeur était de même nature, car je viens de revoir cette malade qui est absolument guérie et qui est accouchée il y a quelques mois.

Sporotrichose. Mycoses

Une infection qui voit son domaine en pathologie chirurgicale s'accroître de plus en plus à mesure qu'elle est mieux étudiée, est l'infection due aux mycoses et en particulier aux sporotrichoses. Elle se présente d'ordinaire sous la forme soit syphiloïde caractérisée par des gommes, soit tuberculoïde où s'observent des ulcérations. Il est classique de faire le diagnostic entre la tuberculose, la syphilis et la sporotrichose. Cependant il faudrait aussi le discuter quelquefois en

face d'une tumeur en apparence sarcomateuse, car, ainsi que nous le verrons dans les observations qui suivent, un sarcome fut diagnostiqué là où le sporotrichum Beurmanni était seul en cause. Il peut, en effet, s'attaquer non seulement à l'hypoderme, à l'épiderme, aux muqueuses, mais encore aux os, aux synoviales, aux articulations et reproduire des ostéo-myélites aiguës, des abcès froids osseux, des hyperostoses, des ostéites condensantes.

OBSERVATION V

(Résumée.)

(M. Morestin. — Société de chirurgie, 1911, p. 1130.)

Une femme de 20 ans, M^{me} G..., se présente à l'hôpital Tenon, présentant à la partie postérieure de la cuisse droite une tumeur du volume des deux poings, tumeur très dure, à limites indécises, logée dans l'épaisseur des muscles, sans adhérences à la peau, sans adhérences au squelette. La partie inférieure atteignait la partie supérieure du creux poplité. Sous la peau de cette dernière région, on notait deux petites masses dures, grossies comme des noisettes, fixées à l'aponévrose, et qui semblaient des noyaux erratiques de même nature que la tumeur principale. La tumeur était restée longtemps de petit volume et s'était accrue à l'occasion d'une grossesse. Absolument indolore. Pas de ganglions inguinaux. Ni syphilis, ni tuberculose.

Diagnostic : sarcome, à vérifier par une incision exploratrice.

Le 28 septembre, opération : la tumeur incisée paraît indubitablement un sarcome. Opération très large en plein tissu sain. Guérison. L'examen histologique ne put pas être fait par négligence d'un aide de laboratoire.

Le 23 novembre, nouvelle tumeur développée sur les limites du mollet et du creux poplité, masse dure, mal limitée, indolente, subadhérente à la peau. Diagnostic : Récidive de sarcome. La malade n'accepte aucune opération et disparaît.

Le 3 février 1908, elle revint à Dubois. La tumeur du mollet avait disparu spontanément, mais elle présentait le long de la cuisse trois ulcérations profondes à fond jaune-grisâtre, entourées d'un large empâtement rougeâtre. C'était tout à fait l'aspect des gommès. La malade avait eu trois enfants admirablement beaux et ne présentant aucune trace d'hérédo-syphilis.

Elle fut mise cependant au traitement spécifique qui amena une rapide amélioration et bientôt même une disparition complète des lésions.

La sporo-agglutination fut pratiquée et fut positive. Cette femme était donc indéniablement atteinte d'une forme particulière de sporotrichose.

OBSERVATION VI

(M. Morestin. — Société de chirurgie, 29 novembre 1911.)

J'ai vu un malade porteur d'une tumeur musculaire de la cuisse, tumeur qui, prise isolément, aurait simulé parfaitement un sarcome. Mais comme il présentait aux membres supérieurs des abcès superficiels et des ulcérations qui devaient faire penser à la sporotrichose, je fis rechercher dans le pus de ces abcès les champignons caractéristiques et l'adressai pour cela à M. Ravout, qui, au bout de peu de jours, put obtenir des cultures de *sporotrichum Beurmanni*. Le traitement ioduré administré au malade amena rapidement la guérison.

Les *infections à streptothrix* peuvent aussi prendre une forme simulant absolument un néoplasme. Dans une observation rapportée par le docteur Brault d'Alger, une tumeur due à *Loospora Maduræ* faisait penser à un fibro-sarcome. D'ordinaire le mycétome se présente d'une façon diffuse, il envahit non seulement les parties molles, mais encore les os, puis s'ouvrent de petits cratères que le stylet peut suivre dans le squelette même. Le pied s'hypertrophie et pend au bout d'une jambe atrophiée. Dans ce cas, le néoplasme était nettement circonscrit, n'envahissant pas le squelette, siégeant exclusivement dans les parties molles et rappelant absolument par son aspect le fibro-sarcome : « Sise à la face dorsale du pied gauche, la néoplasie, en forme de brioche,

présente son extrême pointe en avant sur le quatrième orteil qu'elle surplombe dans presque toute son étendue ; en arrière, vers le tiers postérieur du pied s'étale au contraire sa base.

La tumeur forme un relief qui est à peu près des dimensions du poing, toutefois elle est un peu aplatie. Comme dimensions extrêmes, nous comptons 9 centimètres de large et 12 de long. A la surface se dessine de grosses veinules ; la circulation superficielle est assez marquée. En outre sur la peau qui recouvre la tumeur on observe 5 à 6 petites taches violettes, les unes représentent des cicatrices fermées, les autres portent encore un petit pertuis d'où s'écoule un liquide muco-purulent toutefois on ne voit sourdre aucun grain.

A la palpation, qui n'est nullement douloureuse, on constate une tumeur lobulée, de consistance plutôt solide, certains points ont une dureté chondroïde, d'autres points sont plus mous. Si on essaye de mobiliser la tumeur, on perçoit très nettement qu'elle est mobile dans la profondeur, dans son tiers postérieur et qu'elle est au contraire assez fixée en avant. Enfin, ajoutons que sur plusieurs points, la peau est adhérente, elle est d'ailleurs fortement tendue sur toute la surface de la néoplasie.

Traumatismes

Le traumatisme joue un rôle prépondérant dans la genèse de certaines tumeurs. Il peut agir de diverses manières. Ou bien il sera révélateur d'une lésion déjà existante, mais qui avait passé inaperçue : il ne servira

qu'à la mettre en lumière ; ou bien il sera fixateur, localisera et fera pousser par exemple une gomme chez un syphilitique, un abcès froid chez un tuberculeux. Petrow (1904) a pu obtenir des localisations articulaires par des traumatismes violents quelques heures avant l'inoculation de bacilles de Koch ; Forgue et Jeanbrau, dans le « Guide pratique du médecin dans les accidents du travail » posent les conclusions suivantes :

« Un traumatisme sans plaie ne peut créer une tuberculose locale. Il se borne à révéler et à aggraver une lésion bacillaire préexistante dans la région blessée ou à localiser au point frappé une tuberculose évoluant ou sommeillant à distance. Plus rarement, si le sujet se contamine après l'accident l'infection peut se localiser sur le foyer traumatique qui a créé simplement une prédisposition locale. »

Ce qui est vrai pour la tuberculose et la syphilis est vrai aussi pour les infections dues aux microbes ordinaires de la suppuration. Un foyer traumatique, par les altérations épithéliales et vasculaires, par l'attrition des tissus et l'épanchement de sang est un excellent milieu de culture pour les bacilles. Les causes de contaminations sont innombrables, et du côté de la peau, par une écorchure, un bouton d'acné, etc., et surtout du côté des muqueuses. Que quelques-uns de ces bacilles, qui chez un sujet non traumatisé n'auraient donné lieu à aucun accident morbide, pénètrent dans le torrent circulatoire, ils se fixeront de préférence sur le point déjà lésé et provoqueront soit une suppuration aiguë qui sera un abcès ou un phlegmon, soit, s'ils sont spécialement atténués, une inflammation chronique avec réaction scléreuse intense qui donnera naissance à une tumeur

inflammatoire dont le traumatisme sera la cause déterminante.

✎ L'observation ci-dessous est très instructive à cet égard :

OBSERVATION VII

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran.)

Le docteur Neuvialle, de Vallon (Ardèche), écrit à M. le professeur Soubeyran : « Je vous adresse M. A..., âgé de 50 ans, auquel il est arrivé il y a trois mois l'accident suivant : Environ à 200 mètres de sa voiture, il a reçu un violent coup de pied de son mulet sur la région fessière gauche. Le choc l'a jeté à terre. Il a pu néanmoins se relever et faire tout seul le trajet qui le séparait de sa voiture. Dans l'intervalle (je vous donne ce détail qui a son importance) il a pu satisfaire à un besoin naturel, c'est-à-dire rester quelques minutes avec les deux jambes fléchies sur le bassin. Ramené en voiture chez lui, il s'est alité et pensant n'avoir qu'une simple contusion, il ne m'a fait appeler que 4 à 5 jours après l'accident. J'ai constaté une déformation considérable, aplatissement et élargissement de la fesse gauche et gonflement et empâtement de l'articulation de la hanche. Tous les mouvements conservés, sauf une légère diminution de l'abduction, le pied avait de la tendance à

se porter légèrement en dedans. Pas de raccourcissement.

» L'impression que j'ai toujours eue a été d'une luxation ou pour mieux dire l'aspect de la jambe était celui d'une jambe luxée, mais jamais je n'ai pu trouver la tête hors de la cavité cotyloïde et jamais il n'y a eu impossibilité à provoquer un mouvement quelconque du membre. Il existait une douleur péri-articulaire bien vive, douleur qui s'irradiait jusqu'au talon et en suivant dans la cuisse le trajet du sciatique. Après deux ou trois semaines d'applications chaudes et de massages, le malade commençait à marcher, mais la déformation persistait. Deux ou trois jours après, à cause de la fatigue et comme adjuvant moral une scène de famille des plus vives, une phlébite s'est déclarée. J'ai suspendu tout massage et je me suis borné à faire de l'immobilisation ouatée. Après des alternatives de plus mal et de mieux la résolution s'est produite, le malade peut marcher, mais malgré toutes mes remontrances, il s'est obstiné à ne pas plier le genou. (Il se dit gêné par un gonflement péri-articulaire très tenace et très douloureux).

» Un confrère appelé en consultation n'a pas pu trouver l'existence de la luxation. Mais tout comme moi, il a gardé l'impression d'un membre luxé. C'est dans ces conditions que je vous adresse ce malade, en pensant qu'une épreuve radiographique ne serait peut-être pas inutile pour déterminer si oui ou non la tête est dans le cotyle. »

Examen de M. le professeur Soubeyran. — Je trouve une tumeur très dure s'implantant sur le grand trochanter de la cuisse gauche et occupant la fesse. Elle est dure, bosselée et grosse comme les deux poings. Le triangle de Scarpa est douloureux à la pression et occupé par

une saillie. La hanche jouit de mouvements peu étendus et douloureux. Le malade marche en boitant.

Radiographie. — M. le professeur Imbert fait la radiographie et on voit sur le cliché une ombre répondant à la tumeur et un certain épaississement du grand trochanter. On fait le diagnostic de sarcome de la hanche inopérable.

Le malade rentre chez lui. Un an après, le docteur Neuvielle nous donne de ses nouvelles et nous dit que tout a disparu, que le malade n'a plus de tumeur et marche fort bien.

Infections banales

Enfin, des infections osseuses banales, des ostéomyélites chroniques et des inflammations dont la cause n'a pas été élucidée, ont pu faire croire à un sarcome et nécessiter une opération chirurgicale. Nous en donnerons quelques exemples.

OBSERVATION VIII

(Résumée)

(Routier — Société de chirurgie, 22 novembre, page 1225)

Enfant de huit ans avec ostéomyélite subaiguë de l'extrémité inférieure du tibia.

Le 7 février 1892, trépanation de ce tibia : il y avait un peu de pus, mais la moelle était d'une vilaine couleur jaune et il y avait un foyer de sang couleur sépia. Ablation d'un petit séquestre, grattage et bourrage avec de la gaze au salol. Suites parfaites, le 28 février la cicatrisation était presque complète.

Le 17 mai de cette même année, l'enfant accusa à nouveau des douleurs à deux travers de doigt au-dessus de la malléole interne. Sur la face interne on trouve un point douloureux et du gonflement.

Le 20 mai, je débride la peau et le périoste très épaissi et très vasculaire était décollé. L'os se présentait comme criblé de gros orifices rouges. La coque osseuse très mince, enlevée, me conduit dans une cavité pleine de fongosités. Grattage et bourrage à nouveau avec de la gaze salolée. Tout alla bien d'abord; mais le 5 juin cet enfant a 40°5 et la poitrine couverte d'une éruption rouge confluyente. Langue très sale, gargouillements coëaux; je craignis une fièvre continue et, demandai Hutinel en consultation, lequel, après avoir examiné le malade, pensa qu'il devait plutôt avoir quelque autre foyer osseux que je n'aurais pas ouvert. Le lendemain, nouvelle anesthésie. Je rouvre la plaie et cette fois, la cavité osseuse me paraît remplie de masses sarcomeateuses. Je ne trouve pas de pus.

Le professeur Cornil examina les fragments et affirma qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire.

Je demande une consultation chirurgicale à MM. Verneuil et Tillaux qui concluent tous deux à l'amputation de la cuisse, au moins à la désarticulation du genou. Je m'y refuse et l'enfant est envoyé à Berck chez le docteur Ménard.

Vers la fin de juillet, la cavité se comblait, les gan-

glions abdominaux disparaissaient. Le 16 novembre la cicatrisation était complète, le tibia restait gros, mais était indolent, l'enfant marchait, il n'y avait plus trace de ganglions inguinaux.

Cet enfant est aujourd'hui un homme, père de famille et se porte à merveille.

OBSERVATION IX

(M. Routier. — Société de chirurgie, année 1911, page 1254)

Le 9 mai entraît dans mon service un homme de 73 ans, maigre, mais très bien portant, ne paraissant pas son âge.

Cet homme venait réclamer nos soins pour une tumeur de la face externe de la cuisse gauche.

Vers la partie moyenne et sur la face externe de cette cuisse, on voyait une tumeur oblongue de 10 à 12 cm. de long, suivant l'axe du membre et de 4 cm. d'épaisseur environ. La peau était indemne, la tumeur paraissait sous-aponévrotique, musculaire, sans adénopathie, sans réaction d'aucune sorte.

Mes internes me présentèrent cette tumeur comme un sarcome du muscle vaste externe à la cuisse.

Je ne partageai pas leur opinion et pensai plutôt à une gomme; bien que toute recherche sur une syphilis antérieure fut négative, je crus devoir essayer d'un traitement spécifique.

Pendant 10 jours, je fis faire des frictions à l'onguent

napolitain et je donnai 2 grammes d'iodure. Le résultat fut nul.

Le 23, j'endormis le malade et pratiquai une incision : il s'agissait d'une tumeur formée par une coque épaisse, grise, remplie de fongosités qui cependant ne ressemblaient pas à des fongosités tuberculeuses.

Je grattai à la curette très fortement le tout et, après avoir passé largement toute la surface au chlorure de zinc, je bourrai la cavité avec une mèche.

Les suites furent des plus simples, le malade est sorti guéri le 18 juin.

Les fragments envoyés à M. Herrenschmidt, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale, furent examinés ; la réponse fut négative, quant au sarcome ; ce n'est même ni de la syphilis, ni de la tuberculose, disait-il ; malheureusement la disette de cobayes m'empêche de faire une inoculation.

Il faut donc penser qu'il s'agissait d'une simple tumeur inflammatoire, sans réaction, à marche subaiguë, simulant en effet le sarcome.

OBSERVATION X

(M. Morestin. — Société de chirurgie, année 1911, p. 1300.)

Un homme d'une quarantaine d'années entre à l'hôpital Tenon avec une tumeur volumineuse de la cuisse gauche, saillante à la partie antérieure, soulevant des téguments intacts, complètement indolente et d'une dureté uniforme. Elle était indépendante de l'articulation du genou, et l'on ne pouvait dire si elle avait

pris naissance dans l'épaisseur des tissus ou aux dépens du périoste.

Après des examens soigneux et répétés, on dut s'arrêter, à défaut de toute autre interprétation valable, à l'idée d'un sarcome ; le malade fut averti qu'il faudrait probablement lui amputer la cuisse très haut ou lui désarticuler la hanche, si ce diagnostic était confirmé par l'incision exploratrice que l'on ne manquerait pas de pratiquer tout d'abord. Il y consentit, et le jour de l'intervention il s'endormit persuadé qu'il avait fait le sacrifice de son membre inférieur. Mais heureusement l'incision de la tumeur, après avoir traversé une énorme épaisseur de tissus scléreux très durs, ouvrit une collection purulente d'ailleurs peu abondante, dont le drainage amena une guérison prompte et complète.

OBSERVATION XI

(Résumée.)

(Morestin. — Société de chirurgie, 1911.)

Une jeune fille de 20 ans entre en 1906, à la maison Dubois avec le diagnostic de sarcome du bassin inopérable. Profondément cachectique. La maladie avait évolué avec lenteur, sans souffrance notable. A l'examen : Enorme empatement englobant à gauche l'os iliaque et la racine du membre. Tumeur très dure, non douloureuse, téguments légèrement adhérents, sans changement notable de coloration. Articulation de la hanche

prise, mais certains mouvements persistent sans souffrance. OEdème très notable du pied correspondant et de la partie inférieure de la jambe. Rien ailleurs. Le diagnostic de sarcome inopérable est maintenu. Quelques temps après, légères ascensions thermiques, rougeur légère des téguments. Incision sur la partie de la tumeur correspondant à la fosse iliaque et après avoir traversé une très grande épaisseur de tissus extrêmement vasculaires, un abcès situé très profondément sous le fascia iliaea est évacué. Un mois après, guérison complète.

OBSERVATION XII

(Résumée.)

(M. Morestin. — Société de chirurgie, 1911, p. 1303).

Une femme St..., âgée de 32 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 27 octobre 1908. Elle portait à la racine de la cuisse droite une tumeur très volumineuse, développée dans l'épaisseur de la masse des adducteurs. Tumeur très dure, bosselée, complètement indolente, gênante seulement pendant la marche, évoluant depuis deux ans et grossissant sans cesse. Au devant de l'arcade crurale, deuxième masse grosse comme un petit œuf adhérente à cette arcade, paraissant légèrement lobulée, indolente. Absolument rien ailleurs : ni engorgement ganglionnaire, ni lésion osseuse articulaire, ou viscérale, ni syphilis, ni tuberculose; état général excellent.

Diagnostic : Très probablement un sarcome.

Opération très large le 29 octobre 1908 : Guérison complète.

Examen de la tumeur. — Sur les coupes fraîches : aspect d'un sarcome, pourtant en certains points apparence scléreuse, et ça et là quelques petits îlots jaunâtres. Sur les coupes microscopiques en certains points, accumulation de cellules rondes donnant l'impression de tissu sarcomateux, mais une étude complète de la pièce montre qu'il s'agit de lésions purement inflammatoires.

Recherche de tous les microbes, de tous les champignons possibles sans aucun succès. Tous les moyens de laboratoire qui permettent par la recherche de la séro-agglutination de dépister les mycoses, ont été sans résultat.

L'on se trouve donc en présence d'une tumeur inflammatoire de cause indéterminée.

OBSERVATION XIII

(Dr Albert Sénéchal, rapportée par Lejars. — Société de chirurgie, 1911, p. 856.)

Un homme de 55 ans, bien bâti, au teint coloré, fermier de son état, n'accusant aucune maladie grave antérieure ; au début de l'année de mai 1909, en maniant une perche de la main gauche, ressentit une douleur au dos de cette main, douleur toute passagère, à laquelle il n'attacha d'abord que fort peu d'attention. Toutefois,

quinze jours après, il remarquait, au même niveau, une certaine tuméfaction qui grossit dès lors peu à peu. Elle ne l'empêcha nullement de se livrer aux travaux de la moisson, mais elle s'accrut, à la suite et devint plus gênante. Elle occupait le milieu de la face dorsale du poignet et de la main et mesurait 4 à 5 centimètres de long sur 3 centimètres de large ; elle était de consistance très ferme, mobile latéralement, bien qu'elle parut tenir un peu dans la profondeur ; recouverte d'une peau épaissie, de teinte violacée. Un médecin consulté, émit l'hypothèse d'un ostéo-sarcome des métacarpiens et à un premier examen le docteur Sénéchal partagea cette impression tout en faisant des réserves pour la tuberculose des gaines synoviales.

Cela se passait en octobre. Dans les premiers jours de décembre, la tumeur continuant à se développer, le malade vint à Paris et consulta un de nos collègues qui conclut résolument au sarcome et à la nécessité de l'amputation.

Il revit alors M. Sénéchal qui me l'amena. L'aspect de la masse était absolument celui du sarcome : convexe, se prolongeant du poignet au milieu de la région métacarpienne, uniformément dure, indolente ou à peine sensible à une pression forte, sans aucun point douloureux localisé, englobant les tendons extenseurs, très peu mobile latéralement et d'une mobilité fort douteuse sur le plan profond, elle figurait pourtant assez mal par son siège, sa forme et son ordonnance, l'ostéosarcome. Une radiographie nous montra en effet que le squelette était intact. Ceci posé nous crûmes pouvoir nous arrêter au diagnostic de sarcome des gaines synoviales des extenseurs ; il convient d'ajouter qu'aucun accident fébrile n'avait jamais été relevé et d'autre part, la donnée était

secondaire sans doute, mais elle paraissait affirmative, le malade avait des antécédents familiaux assez chargés en néoplasme.

Je conseillai cependant à M. le docteur Sénéchal de s'en tenir d'abord à l'ablation locale, quitte à voir plus tard si une intervention plus large s'imposait.

Le 16 décembre, notre confrère opérait : il traversait une épaisse couche blanchâtre, ferme, lardacée, d'apparence sarcomateuse et dans laquelle les tendons extenseurs étaient inclus ; le tendon extenseur commun de l'index et celui de l'auriculaire étaient libres ou à peu près ; mais ceux du troisième et du quatrième doigt et l'extenseur propre de l'index étaient infiltrés et tellement confondus dans la gangue que la libération en était impraticable ; il fallut les inciser : le tendon de l'annulaire fut réuni à celui de l'auriculaire et les bouts des deux autres rapprochés et réunis, autant que faire se put. La tumeur fut extirpée intégralement : elle n'adhérait nullement au périoste.

Elle fut apportée à notre laboratoire et M. Rubens Duval en pratiqua l'examen. Le résultat ne laissa pas que de nous surprendre : « Il s'agit, concluait M. Rubens Duval d'inflammation chronique ayant déterminé un bloc de sclérose dans lequel on rencontre encore un micro-abcès. Cette inflammation se rapproche par ses caractères histologiques de celles qui procèdent des microbes ordinaires de la suppuration. » Ainsi donc nous avons affaire, en dépit des apparences, non pas à un sarcome des gaines, mais à une sorte de synovite inflammatoire chronique, scléreuse.

Les suites de l'opération ont été, du reste, pleinement confirmatives ; la cicatrisation s'est faite très régulièrement, quoique les mouvements de flexion soient un peu

gênés et la guérison locale est complète depuis un an et demi.

OBSERVATION XIV

(Dr Albert Sénéchal. — Rapportée par Lejars. — Société de chirurgie, 1911, page 858).

Une jeune fille de 18 ans, sans antécédents particuliers est prise le 29 juillet 1909 d'une angine pultacée banale ; cinq jours après, elle accuse une douleur vive à la partie supéro-interne de la cuisse droite à 7 à 8 centimètres au dessous du grand trochanter. On ne trouve rien à la palpation ; la température rectale oscille entre 38° et 38°5. Vers le 18 août, on perçoit au point douloureux une petite tuméfaction qui, du reste, ne tarde pas à diminuer ; toute réaction fébrile a disparu, la cuisse reste seulement un peu sensible.

Durant les mois qui suivent la tuméfaction se montre de nouveau et lentement grossit ; au 13 novembre, la cuisse est volumineuse dans son tiers supérieur ; elle est occupée à ce niveau par une masse fusiforme, qui paraît faire corps avec l'os et qui est surtout développée en avant et en dehors. Cette masse est uniformément dure et résistante, sans point douloureux localisé ; la peau est libre ; il n'y a pas de veines sous-cutanées apparentes, pas de ganglions. La température, régulièrement prise pendant une période d'observation reste normale. Toutefois la tumeur s'accroît nettement en gardant les mêmes

caractères de forme et de consistance. Le diagnostic d'ostéo-sarcome est porté par plusieurs médecins et la désarticulation de la hanche est proposée par un chirurgien, comme l'intervention nécessaire.

Nous voyons la malade avec M. Sénéchal : la radioscopie montre que le fémur est fortement épaissi en avant et en dehors. Après examen, nous concluons finalement à l'ostéite chronique, bien que l'aspect rappelle nettement le sarcome et que d'autre part, le facies de la jeune fille et un certain amaigrissement semble apporter encore une confirmation à cette hypothèse; mais outre que la tumeur n'occupe pas le siège habituel des ostéo-sarcomes et qu'elle est surtout développée d'un côté de l'os, le début fébrile et douloureux nous paraît accuser une action inflammatoire.

En effet, l'opération est pratiquée par M. Sénéchal le 30 janvier 1910. Il traverse une couche lardacée épaisse et il arrive sur un tout petit foyer d'ostéite; une lamelle osseuse friable est soulevée, le foyer curetté : il est entouré d'os sain et ne pénètre pas jusqu'à la moelle. On laisse un drain. La guérison se fait simplement.

OBSERVATION XV

(M. Arrou — Société de chirurgie, année 1911, page 1252)

En 1900, le docteur Dubrisay, le père, m'envoya à Saint-Antoine, dans le service de mon maître M. Monod, une fillette de neuf ans, bien portante de par ailleurs,

mais qui portait dans le creux poplité et la cuisse du côté droit une volumineuse tumeur. Cela s'était développé tout seul, sans traumatismes, sans maladie fébrile préexistante, sans que l'enfant y fit elle-même attention. C'est la mère qui, un soir, en la couchant, avait remarqué cette masse. Les dimensions étaient d'une quinzaine de centimètres en hauteur et de largeur moitié moindre. La consistance ferme, le sens vertical du développement, le siège très externe du mal, son indolence absolue à toute pression, les grosse veines qui marbraient la peau à ce niveau, l'absence de ganglions, tout pour ainsi dire, nous portait à faire le diagnostic de « sarcome ». On pouvait même aller plus loin et dire « sarcome développé dans le muscle biceps ».

* L'enfant fut examinée par bien des gens, non seulement du service, mais du dehors, par plusieurs de nos confrères de l'armée, qui venaient volontiers suivre M. Monod, par au moins deux candidats au bureau central. Il y eut unanimité : « sarcome ».

J'opérai l'enfant. Une longue incision me conduisit sur le biceps, dont le tiers inférieur au moins était occupé par la masse. Celle-ci, en bas, s'arrêtait assez nettement à deux ou trois centimètres au-dessus du péroné. L'ablation se fit sans difficulté et les suites ne présentèrent rien de particulier.

Mais il n'en fut pas de même de l'examen de la pièce. Une moitié fut envoyée à un laboratoire de la Faculté où on m'avait demandé depuis quelque temps des tumeurs musculaires ; l'autre fut confiée à notre collègue Macaigne, alors chef de laboratoire de M. Monod à Saint-Antoine. A quelques jours de là le laboratoire de la Faculté m'envoyait sa réponse : « sarcome musculaire ». Nous nous en doutions bien. Nous faisons même plus

que nous en doutér, car avant, comme après l'opération, personne n'avait songé à autre chose.

L'examen de Macaigne se fit un peu plus attendre mais son résultat nous surprit étrangement : « Je ne sais pas, nous dit-il, ce que peut être exactement ce que vous m'avez envoyé là, mais on dirait du tissu inflammatoire. » Je lui fis part alors du résultat de l'autre examen. Macaigne reprit ses coupes, les multiplia, demanda un peu de temps encore pour être bien certain de ce qu'il allait avancer et finalement, nous apporta le diagnostic suivant : « Il n'y a pas trace de sarcome. La tumeur est toute entière formée par du tissu inflammatoire. »

Voilà plus de onze ans que notre malade a été opérée. C'est aujourd'hui une grande jeune fille alerte, fort bien portante et qui n'a jamais rien présenté d'inquiétant depuis lors.

DIAGNOSTIC

Nous allons passer rapidement en revue les principaux symptômes des sarcomes, les mettre en parallèle avec les symptômes qui ressortent des observations que nous avons citées et tâcher d'en tirer une conclusion pour le diagnostic.

Les caractères classiques de l'ostéo-sarcome sont :

1° *La douleur*. — Elle peut apparaître avant que la tumeur ne soit perceptible. C'est une douleur sourde, siégeant dans la profondeur de l'os ou dans le tissu musculaire, avec des exacerbations nocturnes; se produisant surtout pendant la marche, calmée quelquefois par le repos ; mais elle n'est pas constante ; des tumeurs à myéloplaxes peuvent arriver à un certain volume, sans jamais avoir fait souffrir le patient.

Dans les tumeurs inflammatoires si quelques malades accusent au début de l'affection une douleur vive, — lorsque la tumeur est assez développée, elle est indolente à peine dans quelques cas, la région est légèrement sensible, quelquefois même absolument indolore, même à une pression considérable. Mais ce n'est pas un

symptôme sur lequel on puisse se baser, puisque nous avons vu qu'il en était de même dans les sarcomes.

2° *La tumeur.* — Elle dépend dans les sarcomes de la localisation et aussi de la nature du néoplasme. Un sarcome globo-cellulaire situé en plein tissu diaphysaire fera une tumeur globuleuse; dans les mêmes conditions un sarcome fuso-cellulaire se montrera sous la forme d'un fuseau à grand axe parallèle à l'axe du membre. Si ce sarcome naît péri ou intra-articulaire, l'articulation prend la forme d'une tumeur blanche, la hanche et l'épaule se déforment en gigot. Nous avons vu par l'examen des observations que rien ne permettrait de distinguer la tumeur produite par un sarcome d'avec celle que faisait une inflammation banale ou spécifique. Cependant, dans la plupart des cas « celle-ci est moins bien limitée, de contour imprécis; elle infiltre tous les tissus et s'y diffuse; il y a là à un palper minutieux, un élément d'appréciation, une simple nuance parfois, qui suffisent pourtant à créer le doute. » (Lejars).

3° *La Consistance.* — Elle est variable dans les différentes sortes de sarcome. Dans les sarcomes centraux alors que la masse néoplasique est encore entourée d'une coque osseuse assez résistante, dans les sarcomes périostiques qui n'ont pas encore rompu leur capsule, la tuméfaction est encore uniformément dure et fait corps avec l'os. Plus tard, le sarcome ayant rompu sa capsule, ou n'étant plus couvert que par de minces travées osseuses, nous aurons soit une sensation de mollesse, de pseudo-fluctuation même, soit un crépitement analogue à celui qu'on produit « en brisant une coquille d'œuf ».

Les tumeurs inflammatoires ont une consistance très ferme, qui tient à ce qu'elles sont composées en grande

partie de tissu scléreux, lardacé, qu'il faut inciser sur une grande hauteur avant d'arriver à l'abcès ou au séquestre central. Mais cela n'exclut pas l'idée de sarcome encore encapsulé.

4° *Dilatation des veines.* — Les téguments recouvrant un sarcome sont tendus et présentent très souvent à leur superficie un réseau de veines dilatées. Mais dans l'observation XIII, citée plus haut, cette dilatation des veines était considérable et cependant on avait affaire à une tumeur inflammatoire banale et sans relation aucune que ses symptômes, avec une tumeur maligne.

5° *Hyperthermie locale.* — Ce signe qui a été décrit par Estlander dans le cas de sarcome à marche rapide, peut coïncider avec le signe de Vernéuil, c'est-à-dire une augmentation de la température générale. C'est ce que l'on observe dans les tumeurs inflammatoires peut-être à un degré plus élevé, et M. Savariaud et après lui M. Lejars ont beaucoup insisté sur ce fait. Ils pensaient même en faire un signe distinctif. M. Tuffier s'est élevé contre cette manière de voir et déniait à la fièvre toute valeur diagnostique, car disait-il, « elle peut exister dans le sarcome, mon maître Verneuil me l'avait fait constater, j'en ai observé des faits indiscutables. Il ne s'agissait pas alors d'infections sarcomateuses ou de tumeurs inflammatoires, mais de néoplasmes dont j'ai constaté la généralisation ; cliniquement, c'était bien ce que nous appelons un sarcome et cependant l'état fébrile était subcontinu. Il n'y a donc pas un élément de diagnostic entre un sarcome et un pseudo-sarcome. »

Il semble, cependant, que si les poussées fébriles n'ont qu'une valeur toute relative lorsque la tumeur inflammatoire a atteint un certain volume, il n'en est pas de même lorsqu'elles se montrent tout au début de l'affec-

tion. En effet, rien de semblable ne s'observe dans l'évolution des sarcomes. Il faudrait aussi rechercher avec soin si le patient n'a pas présenté une affection microbienne, si minime soit-elle, angine légère, furoncle, plaque d'eczéma qui aurait pu être une porte d'entrée pour l'élément microbien lorsqu'il s'agit d'un microbe non spécifique.

Ce parallèle nous montre qu'il est cliniquement presque impossible de distinguer un sarcome d'avec une tumeur inflammatoire. On peut, il est vrai entrevoir le diagnostic, mais on ne se base alors jamais sur un fait précis, sur un signe certain. On a l'impression qu'on ne se trouve pas en face d'un sarcome, mais on n'en a pas la certitude. L'examen histologique lui-même n'apporte pas, comme on serait en droit de l'espérer, la solution du problème.

M. Quénu affirme : « qu'il est souvent impossible aujourd'hui d'établir, sur le simple examen de quelques coupes histologiques le diagnostic anatomique différentiel entre le groupe sarcome et le groupe tumeurs inflammatoires. » M. Tuffier dit : « qu'il est nécessaire de prélever un très grand nombre de fragments d'une tumeur, d'examiner des coupes très nombreuses de chaque fragment pour arriver à se faire une conviction. Si dans certains cas, il semble qu'on puisse vraiment arriver à une certitude, il en est d'autres où la nature de la tumeur reste douteuse. »

De plus il ressort des observations que nous avons publiées que non seulement l'examen histologique peut être en défaut, mais encore qu'il contribue quelquefois à égarer le diagnostic par des affirmations erronées.

Radiographie

La radiographie sur laquelle on avait fondé de grandes espérances, n'a pas elle aussi tenu toutes ses promesses. Cependant on pourra se baser sur la limitation plus exacte de la tumeur, sur la destruction étendue des travées dans les cas de sarcome central. Le périoste réagit alors au voisinage immédiat du néoplasme en formant une gangue de lamelles osseuses, signe différentiel d'avec l'ostéomyélite dont la réaction est beaucoup plus étendue et qui atteint parfois toute la longueur de l'os. L'articulation voisine est presque toujours intacte, car l'adhérence est extrême du périoste épiphysaire au tissu osseux et au cartilage articulaire qui oppose une barrière à l'invasion néoplasique.

Dans les sarcomes périphériques on décèle quelquefois l'existence de trabécules osseuses implantées normalement à la surface de la diaphyse à peine entamée. A la limite de la tumeur le périoste réagit et forme une zone osseuse triangulaire.

La syphilis est assez facilement diagnosticable. D'après Kauffmann c'est la concomitance de processus destructifs et néoformants (ostéoporose avec ostéoplasie) qui est caractéristique. Le plus souvent les modifications portent sur le périoste. Dans la périostite simple on voit à la radiographie le périoste plus ou moins élargi et le tissu osseux sous-jacent complètement normal. S'il y a des ostéophytes ou de la périostite ossifiante, on voit le périoste irrégulièrement ondulé et parfois entourant l'os comme d'un voile ; souvent il se détache peu du tissu cortical. « La périostite gommeuse est circonscrite,

en foyers isolés ou multiples ; le périoste est soulevé ou creusé par l'exsudat, qui pénètre aussi dans le tissu cortical et y creuse les lamelles osseuses ; on a des foyers clairs circonscrits, entourés d'une bande plus sombre de réaction inflammatoire.

Les lésions osseuses par irritation donnent des images de l'os plus larges et plus sombres que normalement. La structure est anormale, la démarcation entre la cavité médullaire et la région corticale est peu visible, l'image de l'ostéoporose est caractéristique.

Dans les formes gommeuses on a des zones claires avec un contour sombre ; le périoste peut réagir de diverses façons. »

Si la radiographie permet dans certains cas, aidée de la clinique, de trancher le diagnostic, il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, surtout au début d'une tumeur osseuse. C'est à ce moment là plus que jamais, qu'il importe d'avoir un diagnostic précoce.

Certains cals bulbeux du col du fémur, certaines ostéites donnent une image que l'on confond très facilement avec celle donnée par un sarcome. Il y a toute une série de cas démonstratifs.

Dans un cas de M. Durand, M. Belot porta le diagnostic de sarcome, chez la bonne d'un médecin qui portait au milieu du fémur une formation très peu nette, mais enfin il la rapportait à un néoplasme. A l'opération il s'agissait d'une ostéite.

Par contre M. Belot a pu faire le diagnostic de sarcome du tibia en se basant sur l'amincissement du péroné. Le diagnostic d'ostéo-myélite avait déjà été porté par un autre chirurgien. L'observation rentrant dans le cadre de notre travail, on nous permettra de la citer :

Un jeune homme de 19 ans, très bien portant, arrive

avec une extrémité supérieure de la jambe gauche très augmentée de volume, fusiforme : l'articulation du genou est libre. Depuis 3 mois, il tire un peu la jambe. Aussi ce fut une surprise de lui trouver un gros tibia en fuseau énorme, renflé dans son bulbe; un chirurgien de Grenoble l'examina avec beaucoup de soin, le fit radiographier et conclut à une ostéo-myélite chronique d'emblée, en se basant sur la lenteur de l'évolution.

Malgré ce diagnostic, ce malade fut examiné par Gangolphe qui hésite et envoie ce malade à M. Belot.

D'après la radiographie faite, M. Belot fit le diagnostic de sarcome du tibia parce que le péroné était diminué de moitié au niveau du point en litige. En effet, dans les ostéites, le péroné conserve son volume et même souvent l'augmente, tandis que son amincissement en un point démontre qu'il est comprimé par une tumeur du voisinage, on peut même dire que cette tumeur a envahi les parties molles 6.

Mais il a fallu un rare concours de circonstances pour poser un diagnostic affirmatif.

M. Hauchamps, dans le *Journal de radiologie* belge (1909, p. 393) conclut ainsi un article très documenté et basé sur les nombreuses observations ayant pour titre « le radio-diagnostic de l'ostéo-sarcome » : « le radio-diagnostic peut se heurter à des difficultés extrêmes; affirmer qu'il peut et qu'il doit dans tous les cas déceler le sarcome dérivant du squelette, ce serait inspirer au praticien une confiance aveugle qui pourrait être un jour cruellement ébranlée. Le radiographe, conscient de sa haute valeur, comme de la haute valeur de sa méthode, doit repousser ces conclusions dans ce qu'elles ont d'absolu, il doit se décider à un aveu d'impuissance quand son examen radiographique est sans résultat et que le

diagnostic de sarcome reste sérieusement discutable : Dans les circonstances aussi graves où il s'agit du sacrifice de tout un membre, il est même de son devoir de conseiller la biopsie, pour autant que les contingences déontologiques le lui permettent. »

Nous voyons donc que l'examen clinique, l'anatomie pathologique, la radiographie sont hésitants dans certains cas et ne nous permettent pas de diagnostiquer vivement les sarcomes d'avec les tumeurs inflammatoires.

Desespérantes seraient nos conclusions, car le seul signe certain du sarcome serait sa généralisation, si des procédés de laboratoire ne venaient au secours de la clinique défailante. Connaissant l'étiologie d'un grand nombre de ces tumeurs, nous proposons de rechercher *systématiquement* la tuberculose, la syphilis, le sporotrichose dans tous les cas où l'on se trouve en présence d'une affection pouvant être diagnostiquée : sarcome. Ainsi des erreurs de diagnostic, de conséquences désastreuses pourront, pensons-nous, être évitées.

Nous allons passer en revue les diverses ressources que le laboratoire met à notre disposition pour déceler la présence d'une de ces affections insoupçonnée jusqu'alors.

Tuberculose. — La méthode de choix pour les cas qui nous occupent est l'agglutino-réaction. La technique en est simple et les résultats satisfaisants : On prend une culture jeune de bacilles de Koch qu'on a appréciée par le contact avec le sérum étalon qui agglutine les bacilles de Koch à un pour dix ou un pour vingt.

On pique la pulpe du doigt on recueille un centimètre

cube et demi de sang. On laisse le sérum se séparer du caillot.

On fait ensuite pour chaque sérum trois mélanges de culture et de sérum dans trois petits tubes, un à un pour cinq, un à un pour dix, un à un pour quinze. On abandonne au repos après forte agitation à la température de la chambre dans un porte tube incliné à 45° ; à coté : tube témoin avec une culture sans sérum.

Quand l'agglutination est positive complète, à l'œil nu, on constate la clarification du liquide et la formation de flocons bien visibles.

Si l'agglutination est négative, le liquide reste trouble comme dans le tube témoin.

Si l'agglutination est incomplète ou douteuse il y a un dépôt dans le fond, mais avec persistance d'un trouble accusé au dessus du dépôt.

« Pour bien observer à l'œil nu tous ces degrés de l'agglutination, il faut observer les tubes à jour frisant et sur fond noir comme pour les précipités d'albumine. »

Dans la tuberculose chirurgicale, la sero-réaction est positive 76 fois pour cent ; *elle est toujours négative chez les non tuberculeux chirurgicaux.* « Ce sont les tuberculoses les moins graves et les moins avancées qui donnent les agglutinations les plus accusées et réciproquement. » On peut aussi avoir recours à l'ophtalmo-réaction.

Syphilis. — Nicolas et Monot, dans le *Journal médical français* (1910, p. 145), concluent : « La méthode la plus simple, la plus certaine, infaillible peut-on dire dans ses résultats positifs, est la recherche du tréponème. Malheureusement elle n'est guère applicable que dans des cas de syphilis récente avec lésions objectives ». La réaction de Wassermann nous donnera des indica-

tions précieuses. Nous n'entrerons pas dans le détail de sa technique très compliquée et très délicate qui ne peut être faite « avec toutes les garanties d'exactitude que par un homme de laboratoire spécialement attaché à cette étude et rompu à toutes les difficultés de sa technique compliquée (Fornet-Mauriac). »

Sporotrichose et actinomycose. — Widal et Abrami ont, les premiers, donné la technique nécessaire pour provoquer l'agglutination des spores sporotrichosiques par le sérum des malades atteints de cette affection. « Les cultures d'un mois fournissent les spores les plus agglutinables et conviennent par conséquent le mieux à l'étude de la séro-réaction.

Ce moyen de diagnostic permet d'éliminer la tuberculose et la syphilis, mais est commun à la sporotrichose et aux mycoses. Widal et Abrami ont même vu que le sérum d'un sujet atteint d'actinomycose agglutine à un pour cent cinquante les mêmes spores agglutinées, à un pour huit cents par un sérum sporotrichosique. Il permet « de déceler, en dehors des actinomycoses ouverts où les grains jaunes sont constatés, les actinomycoses fistulisées refermées, les actinomycoses profondes, inabordables, et même les actinomycoses guéries, tous cas où un diagnostic de certitude était jusqu'alors hypothétique. »

Comme il nous importe peu pour la direction du traitement de savoir si nous avons affaire à de la sporotrichose ou à une mycose, nous avons là un excellent et très pratique moyen de diagnostic.

Admettons que le laboratoire ne nous ait pas donné de résultats, nous ne devons pas nous en tenir là et nous ordonnerons un traitement antisyphilitique intensif; une

injection de deux centigrammes de biiodure de mercure par jour et 4 à 6 grammes d'iodure de potassium. Sous l'influence du mercure, nous verrons les lésions, si elles sont syphilitiques, retrocéder rapidement. Si elles sont dues soit à la sporotrichose, soit à l'actinomyose, l'iodure de potassium, traitement héroïque de ces affections, en viendra rapidement à bout. Ce traitement doit être continué une quinzaine de jours, laps de temps nécessaire pour s'assurer de son efficacité. Il ne doit pas être prolongé plus longtemps, si la tumeur progresse, car dans le cas de sarcome, l'opération doit être la plus hâtive possible.

Après échec du traitement mixte, il nous reste encore une ressource : celle de pratiquer une incision exploratrice afin de nous rendre compte de la nature de la lésion. Nous pourrons la faire suivre d'une biopsie.

En aucun cas, pensons-nous, une opération radicale telle qu'une amputation, une désarticulation ne doit être faite avant de s'être entouré de toutes les garanties nécessaires afin d'éviter une erreur de diagnostic. A notre avis, la série des recherches que nous proposons ayant été faite, une place infime est réservée à l'erreur. Le résultat obtenu compensera largement nos efforts.

CONCLUSIONS

1° La tuberculose, la syphilis, la sporotrichose, les mycoses et les inflammations chroniques peuvent donner naissance à des tumeurs simulant les sarcomes.

2° Il est impossible cliniquement de diagnostiquer ces différentes sortes de tumeurs d'avec les sarcomes. On peut avoir des signes de présomption, on n'en a pas de certitude. L'histologie et la radiographie sont elles-mêmes bien souvent en défaut.

3° L'on doit systématiquement rechercher par les procédés de laboratoire les maladies dont le rôle étiologique dans la production de ces tumeurs est démontré. Le traitement antisypilitique pourra lui aussi nous révéler la nature de l'affection.

4° Aucune intervention chirurgicale ne doit être tentée avant de s'être entouré de toutes les garanties nécessaires afin d'éviter une erreur de diagnostic.

BIBLIOGRAPHIE

- ARLOING et COURMONT. — Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, Lille, 1909.
- ARROU. — Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, novembre 1911, p. 1251.
- AUGIER et CHATEAU. — Du développement des tumeurs sous l'influence des traumatismes (Journal des sciences médicales de Lille, 1908, n° 37).
- BONHOMME. — Contribution à l'étude des tumeurs myéloïdes des gaines tendineuses (Thèse de Lyon, n° 65, 1897-98.)
- BONJOUR. — Contribution à l'étude des tumeurs tendineuses à myéloplaxes (Thèse Paris, 1897).
- BRAÑDLIGT. — Les tumeurs inflammatoires (Annales de la Société de médecine d'Anvers, t. LXXIV, Mai juin 1912).
- BRAULT. — Mycétome à forme néoplasique simulant un fibro-sarcome de la face dorsale du pied (Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1906, p. 589).
- CHAUFFARD et TROISIER. — Revue de médecine, 10 novembre 1909.
- CHENELOT. — Sur les gommes syphilitiques simulant les sarcomes (Thèse de Lyon, n° 38, décembre 1910).
- COYON et GOUGEROT. — Société médicale des hôpitaux, 25 février 1910 p. 166.

- DELBET. — Traité de chirurgie clinique et opératoire, t. I.
— Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, 3 et 10 juin 1908).
- DÉSIRÉ DE FORTUNET. — Note sur quelques cas de tumeurs des gencives (Revue de chirurgie de Lyon, octobre 1887, p. 786).
- DESTOT. — Diagnostic radiographique des ostéo-sarcomes (Société de chirurgie de Lyon, 12 janvier 1911, *in* Lyon médical, 28 mai 1911, n° 22, p. 977).
- DONATI. — La tuberculosi pseudo-neoplastica delle guaine tendinee (Giornale della R. Accademia di medicina di Torino, 1910).
- FORGUE. — Précis de pathologie externe, t. I.
- FORGUE et MASSABUAU. — La forme hypertrophique pseudo-néoplasique de la tuberculose de gaines tendineuses (Presse médicale, 23 octobre 1909).
- FRIEDRICH (Otto). — La syphilis osseuse en radiographie (Zeits. f. Röntgenk, janvier 1910, Bd XII, Heft I).
- GOUGEROT. — Réactions néoplasiques des tissus conjonctifs au bacille de Koch (Journal de physiologie et de pathogénie générale, novembre 1906, n° 6, p. 466).
— Cancer et tuberculose ; contribution à l'étude pathogénique des tumeurs lympho-conjonctives. (Journal de physiologie et de pathogénie générales, 1906).
- HEURTEAUX. — Les myélomés des gaines tendineuses (Archives générales de médecine, 1890).
- HAUCHAMPS. — Le radio-diagnostic de l'ostéo-sarcome (Journal de radiologie belge, 1909, p. 393).
- HAUMANN. — Thèse de Bonn, 1897.
- LAURENT et GONIN. — La réaction de Wassermann (Lyon chirurgical, t. IV, n° 2, août 1910, p. 141).
- LEGUEU. — Synovite tuberculeuse à forme végétante et hyperplasique (Presse médicale, 1897).
- MORESTIN. — Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 29 novembre 1911, p. 1299).

- NICOLAS, DURAND et MOUTOT. — Dactylite syphilitique à forme de tumeur des gaines avec récurrence d'apparence sarcomateuse (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1908).
- PICQUÉ (Robert). — Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 6 décembre 1911, p. 1327).
- PONCET et LERICHE. — Tuberculose inflammatoire et sarcome (Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de 1911, p. 885).
- ROTHE. — Deutsche medicinische Wochenschrift, 1910, p. 30.
- SÉNÉCHAL. (Albert), de Paris. — Inflammation chronique des gaines synoviales des tendons extenseurs de la main gauche simulant un fibro-sarcome. Ostéomyélites subaiguës simulant un ostéo-sarcome de la cuisse (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1911, p. 855. Rapport de M. Lejars).
- SMOLCH. — Zeitschrift chir. 1886, t. XXIII.
- WIDAL et ABRAMI. — Société médicale des hôpitaux, juin 1808, p. 947).
- WIDAL, ABRAMI, BRISSAUD, JOLTRAIN et WEIL. — Annales de l'Institut Pasteur, 1910, p. 1.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 18 juillet 1913.

Le Recteur,

Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 18 juillet 1913.

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
